(Ingresan a Sala el Director del Centro de Investigaciones de CEMICAMP, de Campinas, Sao Paulo, República Federativa del Brasil, Profesor de Obstetricia y Ginecología, Dr. Anibal Faúndes y representantes de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia)

SEÑOR PRESIDENTE.- Le damos la bienvenida al doctor Aníbal Faúndes, profesor de Obstetricia y Ginecología, Director del Centro de Investigaciones de CEMICAMP, de Campinas, San Pablo y Director del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia y representantes de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: Licenciada Alejandra López, quien es coordinadora de MYSU y el doctor Rodríguez de Armas, quien es Profesor Agregado de la Facultad de Medicina..

Estamos muy gustosos de recibirlos en esta Comisión, la cual está empezando a analizar un proyecto aprobado en la Cámara de Representantes sobre salud reproductiva, que fue votado el año pasado y que este Cuerpo se dispone a analizar.

Con gusto estamos dispuestos a recibir su vasta experiencia en este tema.

SEÑOR FAUNDES.- Estoy altamente honrado de haber sido invitado para trabajar con ustedes en este tema, el cual me ha preocupado a lo largo de muchos años. El próximo año cumplo 50 años como médico y he trabajado en esta área la mayor parte de mi vida profesional.

Tengo en mi poder una copia del proyecto de ley que, luego de leer con muchísima atención, me pareció perfectamente orientado. Terminé de escribir un libro sobre el problema del aborto, llamado "Entendiendo el drama humano del aborto. Del conflicto al consenso", en el que coincidimos tanto en los conceptos principales que llegué a pensar que quienes elaboraron esta iniciativa lo habían leído.

Este proyecto se centra en un problema muy importante en el área de las relaciones sexuales y de la salud reproductiva de la mujer: el aborto.

El aborto ha sido encarado en algunos países -particularmente en todos los países de América Latina- por Legisladores del siglo pasado pensando en que la solución era prohibirlo, como si los problemas sociales pudieran resolverse a través de prohibiciones. Pero este proyecto encara las causas del aborto.

Lo primero que uno debe tener muy claro es que las mujeres abortan contra su voluntad. En mis casi 50 años de profesión, nunca he visto una mujer que se haya practicado un aborto y que le haya gustado pasar por esa experiencia. El aborto es siempre un fracaso. Yo uso la palabra "aborto" en ese sentido: tal proyecto abortó, tal posibilidad abortó. Siempre se trata de un fracaso, y quien más se ve afectada por ese fracaso es la propia mujer que tiene que abortar; es la que lo sufre más.

Este proyecto abandona la idea de que la solución es prohibirlo. La solución es, precisamente, identificar las causas por las cuales, en primer lugar, la mujer se embaraza cuando no desea tener un hijo; y, en segundo término, por qué estando embarazada opta por el sufrimiento físico y emocional y los riesgos de interrumpir el embarazo debido a que la situación en que se encuentra es desesperante.

Cuando el proyecto habla de instrumentar medidas que tiendan a la disminución de la morbimortalidad materna derivada del aborto, para intentar disminuir estas prácticas -tema muy importante- se refiere a las causas que fueron identificadas a nivel mundial y regional, que comienzan por el hecho de que la mujer no siempre puede controlar cuándo y en qué condiciones tiene relaciones sexuales.

Ella no tiene poder para controlar en qué momento tiene o no relaciones sexuales y, mucho menos, tenerlas solamente cuando está protegida de un posible embarazo. Esto está ampliamente documentado.

Por tanto, la primera razón por la cual la mujer se embaraza cuando no lo desea es por su falta de capacidad de controlar en qué oportunidad y en qué condiciones ejercita su vida sexual.

La solución para ello es la igualdad de relaciones de poder entre géneros, lo cual es muy difícil de alcanzar; sin embargo, algunos países -justamente aquellos que tienen las menores tasas de aborto- se han aproximado a esto. Precisamente, las menores tasas se encuentran en países de Europa, como Holanda, Alemania, donde las relaciones de género son mucho más equilibradas y difícilmente el hombre está en condiciones de imponerle a la mujer tener relaciones sexuales sin preservativo, cuando ella no quiere o no esperar si está usando el método de la abstinencia periódica.

Aquí se ha propuesto tal vez la medida más importante para llegar a eso, es decir, la educación sexual de género, de ciudadanía, que enseña a los niños desde la infancia a respetar a sus compañeras y que enseña a las mujeres a ser respetadas en sus relaciones de género.

También se encuentra todo lo que refiere a colocar al alcance de las mujeres y de los hombres el conocimiento y los métodos necesarios para evitar un embarazo a través de la anticoncepción, que es el otro mecanismo que se ha demostrado es fundamental para poder reducir los embarazos. En este caso, si tomamos nuevamente como ejemplo a los países con menores tasas de aborto, advertimos que se trata justamente de países en los que la educación sobre la anticoncepción y el acceso a los métodos anticonceptivos es universal.

Aunque se tomen todas las medidas, algunos embarazos van a ocurrir. Además, hay mujeres que se embarazan queriendo tener un hijo pero después cuando están en este estado, su compañero la abandona; la familia que ella creía que la iba a apoyar, no lo hace y al contrario la rechaza; el patrón o la patrona que ella pensaba que también la iba a ayudar, le dice que con un hijo no la

acepta en el trabajo; a su vez, es expulsada de la escuela -y, por tanto, la niña que está embarazada sufre condiciones tales que ya no resiste la posibilidad de continuar su embarazo- y, en definitiva, la sociedad no la contiene, a pesar de que existen algunas leyes que apoyan de hecho a la mujer. Ella, que necesita trabajar para su sobrevivencia y la de sus hijos muchas veces no ve la posibilidad de compatibilizar esa necesidad económica con el hecho de tener otro hijo y se ve obligada, contra su voluntad, a tener que interrumpir el embarazo.

Por lo tanto, las propuestas que para mí son fundamentales están en el área de la educación -principalmente educación sexual- en el área de la salud -información y acceso a los métodos anticonceptivos- y en el área de la seguridad social, para dar apoyo a la mujer que no desea tener un hijo para que no esté obligada a embarazarse.

A pesar de todo eso, habrá circunstancias en las cuales las mujeres van a tener de todas maneras un embarazo no deseado y a verse en la triste condición de tener que optar por un aborto.

¿Qué es lo que uno ve en general en el mundo, teniendo en cuenta que nuestra sociedad no es diferente a las demás? Prácticamente todos nosotros en algún momento nos hemos encontrado con que esta circunstancia personal le ocurre a alguien muy próximo y dijimos: "Bueno, a pesar de que yo estoy en contra del aborto, en esta circunstancia específica, excepcionalísima, creo que realmente esta mujer tiene razón y tengo que apoyarla en su decisión de hacerse un aborto porque no tiene otra salida". Me refiero, como dije, solamente a una circunstancia muy especial.

De lo que no nos damos cuenta es de que la suma de todos los abortos indica que todos son casos en los que la persona afectada está en una circunstancia que es excepcional, única y en la cual no hay otra salida que no sea realizarse un aborto.

Precisamente, en el día de ayer le contaba a otros médicos con los que estaba discutiendo, que en una investigación que realizamos recientemente -todavía no hemos publicado los resultados- 4290 médicos ginecólogos brasileños nos respondieron una serie de preguntas sobre el aborto. Concretamente, los consultábamos sobre lo que hacían cuando una de sus pacientes conocida, antigua, llegaba a pedirles ayuda porque tenía un embarazo absolutamente indeseado, para el cual no veía otra salida y, en consecuencia, había decidido abortar.

La reacción de los médicos siempre es tratar de convencer a la persona para que continúe con su embarazo. En caso de que no la pueda convencer y la paciente manifieste que no tiene otra salida, el médico se sensibiliza y, entonces, le preguntábamos al profesional qué hacía en esta circunstancia. Cuando se trata de una clienta, un 50% de los profesionales la ayuda de alguna forma; el otro 50% la empuja hacia otro médico y no hace nada.

Por otro lado, planteábamos la misma situación, pero referida a un familiar del médico y les preguntábamos qué hacían si alguien de su familia acudía a ellos con el mismo problema. En ese caso el porcentaje de quienes ayudaban subía al 60%. Asimismo, trasladábamos esta hipótesis para el caso en que se tratara de una médica, y le preguntábamos si alguna vez había tenido un embarazo que resultó absolutamente indeseable al punto de pensar que el aborto era la única solución y, si así había ocurrido, qué había hecho. Lo mismo hicimos con los médicos hombres a quienes les preguntamos si sus compañeras alguna vez habían estado en esta situación y qué habían hecho. En estos casos un 80% contestó que sí habían hecho el aborto. Esto demuestra que cuanto más próximo a nosotros está el problema, más tendencia tenemos a aceptar que esa condición justifica la posibilidad de abortar.

Quiero dejar muy claro que personalmente estoy en contra del aborto; lo detesto, es terrible y tampoco me olvido de que el feto existe y también merece consideración. Sin embargo, uno no puede colocarse por encima de la autonomía de esa mujer cuando ella siente que la sociedad no le brindó las condiciones que le hubieran permitido llevar adelante su embarazo. En consecuencia, a pesar de todo el sufrimiento que ello significa, esa es la alternativa que ella, en su autonomía, considera como la única solución.

Lo que está muy claro es que condenar a la mujer que aborta no tiene ningún efecto y no es eficaz para la reducción de abortos. También es injusto porque se condena a una persona que es mucho más víctima de las circunstancias, que una culpable de cualquier otra cosa y, además, todos los estudios demuestran que esto afecta a las mujeres más pobres dentro de la sociedad y no tanto a las que tienen más medios económicos.

Por último, penalizar el aborto, lo único que hace es aumentar las consecuencias, tanto para la mujer como para la sociedad. El costo de un aborto provocado en condiciones de riesgo es de diez a veinte veces más alto que la interrupción de un embarazo realizada en condiciones seguras, dentro de un hospital.

Por todas estas razones considero que está plenamente justificada la propuesta de este proyecto de ley de no criminalizar al aborto. También me parece muy juicioso el límite de edad gestacional, que se coloca de doce semanas.

No sé si saben los señores Senadores que, en Medicina, en general se considera que el fin de la vida se produce cuando se interrumpe la actividad cerebral. Cuando la persona está tratando de sostener la vida, se mide la actividad cerebral mediante un electroencefalograma; cuando se interrumpe la actividad cerebral, se considera que acabó su vida y se donan los órganos, si así lo ha dispuesto.

El comienzo de la actividad cerebral en la vida fetal se produce después de las doce semanas. Existe hasta un cierto sentido al pensar que los límites de la vida estarían dados desde el comienzo de la actividad cerebral hasta su fin y, asimismo, en colocar un límite de doce semanas a la interrupción del embarazo.

Es lo que quería señalar y, naturalmente, me pongo a disposición de los señores Senadores para responder las preguntas que quieran realizar.

SEÑORA XAVIER.- En primer término quiero agradecer a los invitados por su concurrencia.

Más allá de que hemos leído sobre este tema por la preocupación que ello significa en un país como el nuestro, donde la mortalidad materna por aborto inseguro es tan alta y las consecuencias de morbilidad también son elevadas, queremos saber si tiene conocimiento de algún estudio que, de alguna manera, pueda reflejar la repercusión -porque me parece muy interesante el relato que nuestro invitado hizo- de un asunto tan polémico. Me refiero a la repercusión, sobre todo desde el punto de vista psicológico, que pueda tener una mujer sometida a un aborto inseguro, frente al de una que pueda realizárselo con las

tranquilidades y las seguridades que le brinde otro lugar en donde esté despenalizado. También nos referimos a una mujer enfrentada a una maternidad contra su voluntad. Repito: quiero saber si existe algún estudio que pueda reflejar alguna línea de ese tipo. Lo consideramos importante porque una vez que toma una decisión de esta naturaleza, la mujer no da vuelta atrás, aunque sí puede llegar con la necesidad de que el profesional le indique los diferentes caminos. Ese es el tiempo útil, la ventana que tienen los profesionales para resolver y orientar una situación. Reitero que una vez que la mujer resuelve que no va a seguir adelante con el embarazo, nadie la hace volver atrás.

Me gustaría saber, reitero, si existe algún estudio a nivel internacional que pueda reflejar las repercusiones psicológicas de las mujeres enfrentadas a las tres posibilidades que mencioné anteriormente.

SEÑOR FAUNDES.- La pregunta que formula la señora Senadora es bastante compleja.

Hay un primer aspecto que es claro. Existen relatos de casos de mujeres para las que el aborto ha tenido un efecto desastroso desde el punto de vista psicológico. Sin embargo, los estudios que analizan sistemáticamente el efecto psicológico del aborto en la mujer, llega a la siguiente conclusión. Existe un informe del Ministerio de Salud -no recuerdo exactamente su nombre- de los Estados Unidos que, después de un análisis muy detallado de literatura sobre el tema, declara que el aborto no tiene efectos negativos en la salud de la mujer cuando es realizado dentro del marco legal.

Otra cosa que se sabe es que los hijos de mujeres que solicitaron un aborto y se les negó, tienen alteraciones psicológicas, de desempeño intelectual y conductual, significativamente más inapropiados que los hijos de mujeres que tuvieron un embarazo deseado.

No conozco ningún estudio que haya comparado mujeres que tuvieron su aborto en condiciones de riesgo, con mujeres que lo tuvieron sin condiciones de riesgo.

No hay diferencia en los efectos psicológicos según la edad: en adolescentes no hay más problemas que en las no adolescentes.

Hay diferencias según el origen de la decisión de abortar. Si la decisión de abortar fue de la propia mujer o si fue impuesta desde afuera.

Existen algunos estudios en mujeres que, por ejemplo, abortaron porque se les diagnosticó un defecto congénito en el hijo. Es difícil saber si se debe al hecho de haber tenido un hijo con defecto congénito o es el aborto lo que produce alteraciones psicológicas.

Otro elemento es que cuando las mujeres son muy religiosas y tienen una sanción negativa frente al acto de abortar también tienen un efecto psicológico más desfavorable que cuando no existe ese tipo de presión.

Es lo que puedo responder a la consulta planteada.

SEÑORA LOPEZ GOMEZ.- Antes que nada, quiero agradecer a los señores Senadores que nos hayan recibido y, especialmente, al doctor Faúndez.

Tal vez es por mi formación profesional, pero quisiera hacer una acotación a la pregunta planteada, como complemento de lo que ha respondido el doctor Faúndez. Seguramente, los señores Senadores han escuchado hablar del denominado síndrome postraumático, postaborto. En realidad, hay estudios y decisiones de las sociedades de psiquiatría como, por ejemplo, la norteamericana, que trabajó en la actualización del DSN 4 -que es el Manual de Gnosografía Psiquiátrica que se utiliza en nuestros países- y la posibilidad de incluir o no el síndrome postraumático, postaborto, como uno de los síndromes dentro del DSN 4. En el debate de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría se descartó la posibilidad de incluir este síndrome, precisamente, porque los estudios no permiten afirmar que toda mujer que se practica un aborto por decisión propia presente este conjunto de signos descritos en el síndrome postaborto. Por el contrario, en los estudios realizados, en contexto de legalidad de la práctica -prácticas seguras, donde la mujer no pone en riesgo su vida, su salud ni se dejan secuelas desde el punto de vista sanitario, y donde, además, hay un proceso de acompañamiento; por otra parte, este proyecto de ley prevé un proceso de orientación y acompañamiento a la mujer en la toma de la decisión- los testimonios de las mujeres reflejan que los sentimientos asociados luego de la práctica del aborto no están relacionados con la culpabilización, el reproche o el intento de autoeliminación, tal como están descritos algunos de los signos que formarían parte de este síndrome postaborto. Incluso, en las estadísticas sobre causales de suicidio no aparece el aborto inducido como una causal de suicidio significativa en nuestros países, sino todo lo contrario.

SEÑOR FAUNDEZ.- Quiero aclarar que existe evidencia en cuanto a que para muchas mujeres que no se realizan un aborto, la alternativa es el suicidio, y eso está muy bien documentado. O sea, en lo que respecta al suicidio, puede decirse que se da más en los casos de negativa de aborto, que cuando se lo practica.

SEÑORA LOPEZ GOMEZ.- Precisamente, esto tiene que ver no sólo con la inseguridad de la práctica en contextos de ilegalidad, sino también con lo que genera dicho contexto a nivel de la gente. Al respecto, puedo decir que los estudios que se han realizado sobre los abortos que se practican en contextos de ilegalidad y de legalidad, muestran notables diferencias en cuanto a los sentimientos asociados con esta práctica. Es por ese motivo que no hay un consenso con respecto a la existencia de un síndrome post aborto, es más, se descarta la posibilidad de hablar de dicho síndrome, ya que ello implicaría que en todas las circunstancias los sentimientos asociados serían los mismos y, en realidad, los estudios no lo demuestran así. Como dije, existen diferencias notables en ambas situaciones desde el punto de vista del impacto psicológico de esta práctica.

SEÑOR RODRIGUEZ DE ARMAS.- En primer lugar, quiero aclarar que no soy Catedrático de Ginecología, sino que soy Profesor Agregado y estoy amparado a una jubilación. Estoy aquí como Presidente de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, por un compromiso, como uruguayo, de estar al lado del profesor Faúndez dado que también trabajamos en América Latina por la salud sexual y reproductiva y, fundamentalmente, en el tema de la violencia contra la mujer. De manera, entonces, que como representante de la ginecología, no podía estar ausente ni separado del profesor Faúndez en su visita al Uruguay, nada menos que frente a vuestra representación; prácticamente es un compromiso moral que tengo, de compartir la distinción que nos han brindado al invitarnos a escuchar el asesoramiento del profesor Faúndez.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- El profesor hizo mucho énfasis en la tarea educativa que el proyecto de ley propone, como un instrumento adicional a la legalización de la práctica abortiva, haciendo referencia a los países del norte de Europa. Creo haber leído, hace ya un tiempo, un trabajo que señalaba que en algunos países nórdicos, luego de legalizarse la práctica del aborto, que se acompañó de un fuerte componente educativo, se observó que la tasa de abortos realizados había disminuido de manera vertiginosa; es decir, como que el componente educativo reforzaba el elemento de evitar con mayor fuerza un embarazo no deseado. Al respecto, quisiera que el profesor me aclarara el concepto.

SEÑOR FAUNDEZ.- De acuerdo con las informaciones concretas que existen, se sabe que es muy difícil evaluar el efecto de los programas de educación sexual. Pero, si comparamos los países que tienen buenos programas de educación sexual -que comienzan desde la infancia- con los que no tienen ese tipo de programas, se ve, por ejemplo en los países de Europa Occidental, particularmente en los escandinavos, que las tasas de embarazo adolescente y de aborto a esa misma edad, no llegan a la mitad de las de los países donde no existe ese tipo de programas de educación sexual. Por supuesto que estamos hablando de países desarrollados en las mismas condiciones.

Recientemente, apareció una revisión sobre el efecto de la educación sexual, el embarazo y la contaminación por enfermedades, como el SIDA. Luego del análisis de un número muy grande de estudios, se llegó a la conclusión de que la educación sexual entre los jóvenes que cumplen determinadas condiciones y que hacen del programa, un programa adecuado, no aumenta, sino que disminuye la frecuencia de las relaciones sexuales -atrasando su inicio- los embarazos y, por ende, los abortos. Es decir que frente a lo que la gente cree, en el sentido de que la relación sexual estimula la curiosidad, lo que sucede es que la educación sexual -dicho esto entre comillas- está en el ambiente. Cuando uno organiza la educación sexual adecuadamente en la escuela, no recibe las informaciones a través de los medios de comunicación, de revistas, etcétera, sino que recibe una formación que hace a la persona responsable de su sexualidad, que es el objetivo de la educación. De esta forma, disminuye -como muy bien decía el señor Senador- no sólo el número de abortos, sino también el de embarazos, la fertilidad, la edad de inicio de la vida sexual y el número de relaciones. Este aspecto es altamente positivo y constituye el primer ítem que habla de la planificación familiar, donde planificar es aceptar políticas en materia de educación sexual. Por todo esto, vuelvo a decir, que me gusta mucho este proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Finalmente, quiero decir que es cierto que en nuestras sociedades hay un fuerte contenido de discriminación entre las mujeres que tienen medios socio-económicos y acceso a prácticas seguras, versus aquellas mujeres que por distintas razones, ya sean educativas, económicas, etcétera, no tienen acceso a estas mismas prácticas que recibíamos en el Hospital Pereira Rossell, cuando nos desempeñábamos como practicantes internos.

Concretamente, quisiera preguntar si esta discriminación no se acentúa en la medida en que hoy en día y por razones culturales y económicas, las mujeres de medios socio-económicos altos, tienen acceso también a nuevos combinados hormonales, como los comprimidos para el día después. ¿Ello no tiene otro componente de segregación hacia la mujer de escasos recursos que, muchas veces, va unido a un escaso nivel cultural? Simplemente, formulo esta pregunta como una curiosidad que tengo sobre el tema.

SEÑOR FAÚNDES.- El primero de los derechos sexuales y reproductivos -que fuera aprobado por la Asamblea de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, en Bolivia, el año pasado- es el ejercicio de la sexualidad sin violencia y sin riesgo de enfermedad y de embarazo no deseado. Eso significa defender el acceso a la anticoncepción de emergencia -a la que el señor Presidente llamó "píldora del día siguiente"- que es el mecanismo fundamental para evitar el embarazo cuando la mujer tiene relaciones sexuales contra su voluntad o en condiciones que no son las apropiadas para protegerse de un embarazo no deseado. A mi juicio, el ítem siguiente, que se refiere a planificar y hacer ejecutar políticas en materia de planificación familiar, apunta al libre acceso a la anticoncepción de emergencia para todas las mujeres, independientemente de su nivel social y económico.

En este sentido, quería aprovechar la oportunidad para decir que la anticoncepción de emergencia no debe confundirse con un aborto precoz, porque ella claramente actúa antes de la fertilización del logocito. De manera que, cualquiera sea la definición de aborto, ello no constituye un método de aborto precoz.

Por lo tanto, la otra cosa que es muy importante, es que la anticoncepción de emergencia es más eficiente cuanto más precozmente se aplique después de la relación sexual. Entonces, si queremos cumplir con el precepto de esta ley, es necesario que esté libremente accesible a toda mujer que haya tenido un acto sexual no protegido.

SEÑORA LOPEZ.- Quiero agradecer en nombre de Mujer y Salud en Uruguay y de la Comisión Nacional de Seguimiento -que son las dos organizaciones de mujeres que, junto con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, han hecho posible este grato esfuerzo de poder contar con la presencia del doctor Faúndes- a los señores Senadores el haber podido contar con este tiempo de diálogo para tratar esta temática. Nosotros como representantes de organizaciones sociales venimos hace mucho tiempo trabajando en pro de poder generar un debate lo más plural, tolerante y abierto porque, como en determinado momento dijo el doctor Faúndes, este es un debate que hace a la construcción de la ciudadanía y de la democracia y, además, no es un asunto privado ni personal, solamente, sino que también es un tema social, de alta incidencia en nuestro país. Por eso, estamos haciendo el esfuerzo de poder contar con personalidades de la talla del doctor Faúndes para que nos alimenten en el debate social y profesional sobre este asunto.

Reitero mi agradecimiento por el tiempo que nos dispensaron en este asunto.

SEÑOR FAUNDES.- No quiero salir de aquí sin decir cuán honrado me siento de poder estar conversando con ustedes sobre estas cosas y, además, aclarar que tengo una estrecha ligazón con Uruguay. Digo esto porque viví en Uruguay casi un año, entre 1960 y 1961; en 1958 vine por primera vez, pero estuve muchas otras veces, entre ellas, en 1973, cuando fui invitado por Caldeyro Barcia y residí casi tres meses en Montevideo. Por todo esto, lo siento un país muy próximo y, en general, me siento mucho más latinoamericano que chileno o brasileño y, Uruguay, es uno de los países por el que tengo mayor cariño. El hecho de que ustedes me hayan recibido aquí me demuestra, una vez más, el amor que Uruguay tiene por la democracia.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de la Comisión, agradecemos la presencia de nuestros invitados no solamente por los conceptos vertidos y lo ilustrativo que ha sido la charla del profesor Faúndes, sino por esta expresión de cariño que, además, es recíproca. Por lo tanto, agradecemos con mucho calor esta visita.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 13 y 23 minutos)